



**HOJA DE INFORMACION DE MAMOGRAFIA**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Cod. Postal: \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Origen Etnico: \_\_\_\_\_  
Num. Telef: \_\_\_\_\_ Num. Celular: \_\_\_\_\_  
Medico de referencia: \_\_\_\_\_  
**Correo electronico:** \_\_\_\_\_

**Personal Factores de riesgo, especifique las que apliquen:**

\_\_\_\_\_ Historial personal de cancer del mama – Edad \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Historial personal de cancer de ovario o cancer endometrial – Edad \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Historial personal de otro cancer \_\_\_\_\_ – Edad \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Radioterapica toratica previa – Edad \_\_\_\_\_

**Familia Historial de cancer en mama, ovario, colon o endometrial, especifique las que apliquen:**

\_\_\_\_\_ Ninguno que conozco  
\_\_\_\_\_ Madre, Hermana, Hija \_\_\_\_\_ – Edad \_\_\_\_\_ Maternal \_\_\_\_\_ Paternal \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Tia, Abuela, Prima \_\_\_\_\_ – Edad \_\_\_\_\_ Maternal \_\_\_\_\_ Paternal \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Cancer de mama masculino \_\_\_\_\_ – Edad \_\_\_\_\_ Maternal \_\_\_\_\_ Paternal \_\_\_\_\_

**Inserte edad en su caso:**

\_\_\_\_\_ Edad a la primera menstruacion \_\_\_\_\_ Edad a menopausia \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Numero de nacimientos \_\_\_\_\_ Edad histerectomia \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Edad al primer embarazo a termino \_\_\_\_\_ Ovarios extirpados \_\_\_\_\_Izq. \_\_\_\_\_Der.

Pildora Anticonceptiva Edad de inicio \_\_\_\_\_ Edad de ultimo uso \_\_\_\_\_  
Estrogeno Edad de inicio \_\_\_\_\_ Edad de ultimo uso \_\_\_\_\_  
Progesterona Edad de inicio \_\_\_\_\_ Edad de ultimo uso \_\_\_\_\_  
Tamoxifeno Edad de inicio \_\_\_\_\_ Edad de ultimo uso \_\_\_\_\_

**Procedimientos previos de mama-verifique indicado, inserte edad y circundar I=izq, D=der, A=ambos**

Biopsia \_\_\_\_\_ I D A Aspiracion quiste \_\_\_\_\_ I D A Ultrasonido \_\_\_\_\_ I D A  
Tumorectomia \_\_\_\_\_ I D A Mastectomia \_\_\_\_\_ I D A Reduccion \_\_\_\_\_ I D A  
Implantes \_\_\_\_\_ I D A \_\_\_\_\_ Salina \_\_\_\_\_ Silicona \_\_\_\_\_ Musculo Pectoral \_\_\_\_\_ Detras \_\_\_\_\_ Delante

**Sintoma/motivo de consulta hoy:**

\_\_\_\_\_ Ninguna/Examen Anual  
\_\_\_\_\_ Bulto Hace cuanto tiempo? \_\_\_\_\_ I D A  
\_\_\_\_\_ Dolor Cuanto tiempo? \_\_\_\_\_ I D A  
\_\_\_\_\_ Secrecion de pezon Cuanto tiempo? \_\_\_\_\_ I D A  
\_\_\_\_\_ Otro (explique) Cuanto tiempo? \_\_\_\_\_ I D A

Lugar y fecha de ultima mamograma: \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

**NO ESCRIBA BAJO ESTA LINEA**

Technologist signature: \_\_\_\_\_ 5 YR Risk Percentage \_\_\_\_\_

**MAMMOGRAPHY INFORMATION SHEET**

**SPANISH**

Page 1 of 1

Revised 4/23/14